ALMAVID SALUD S.A.S.
Nit. 900910289 - 0
Dirección: Calle 53 C Sur 43 - 74 Envigado
Tel: 3220501

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **15/03/2023 07:39:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **SANDRA PATRICIA RESTREPO CASTRILLON** Edad **36 Años**

Cargo **INSTRUCTORA PRESENCIAL SENA** Doc. Identidad **CC 1037577789**

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EVALUACION PSICOLOGICA
EVALUACION MEDICA DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
VISIOMETRIAS

EXAMENES

Visión adecuada para su ocupación

LABORATORIOS

GLICEMIA - Normal

CONCEPTO

NO presenta restricciones

RESTRICCIONES LABORALES

ninguna

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

ninguna

Diana Cristina Ocampo Marulanda
Médico especialista en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

DIANA CRISTINA OCAMPO MARULANDA
Medico especialista en en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

Trabajador: SANDRA PATRICIA RESTREPO
CC: 1037577789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RECOMENDACIONES GENERALES

Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en la cuenta las siguientes recomendaciones:
- Sitúese siempre a, por lo menos, 40 cm. de la pantalla y que la parte superior del monitor esté al frente de los ojos o ligeramente por debajo
- Cada tres (3) horas de trabajo utilizando computador/tableta/celular, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar o tal vez un bonito atardecer, durante un minuto
- Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde
- Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo utilizando computador/tableta/celular dirija su mirada, por unos cuantos segundos, a un punto lejano de aproximadamente seis metros y reinicie labores nuevamente

-Usar elementos de protección personal según exposición del cargo
- Realizar desplazamientos cortos en el puesto de trabajo y alternar posturas cuando esté en oficina
- Realizar capacitación en higiene corporal adecuada para movilizar cargas (cargue/descargue/agarre), y para realizar las demás tareas de su ocupación. (Por ejemplo: separar y doblar rodillas para agacharse, manteniendo la espalda recta, con la carga pegada al cuerpo y levantarse lentamente, entre otras...)
- Si usa diadema con audífono en cada oído, no exceder el volumen
- Si usa diadema de un sólo audífono o el celular, debe alternar su uso en cada oído cada 30 minutos como máximo
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo
- La silla que utilice debe tener espaldar y si es posible, reposabrazos; además debe permitir una postura adecuada en todo momento
- Conservar postura recta del cuello y la espalda
- Apoyar antebrazos y muñecas en la parte lateral de la silla
- Apoyar muñecas en el borde del escritorio para labores de digitación y/o escritura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada (1) hora o 10 minutos cada dos (2) horas
- Marcha segura para desplazamientos por escalas, pisos irregulares, zonas públicas
- Utilizar protección auditiva en ambientes ruidosos
- Informar oportunamente al personal encargado de talento humano, algún cambio en el estado de salud y consultar a tiempo en la EPS
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Mantener el esquema de vacunación actualizado
-Hacer ejercicio cardiovascular de 3 a 6 veces por semana (un total de 150 minutos semanales para mantener el peso actual; o 300 minutos semanales y ojalá sobrepasando los 40 minutos diarios si se busca bajar de peso); algunos ejercicios pueden ser montar en bicicleta, natación, hidroaeróbicos, caminatas, trotar, entre otras

Recomendaciones Generales frente al COVID 19

-Lavado de manos: Recuerde que lavarse las manos es la mejor forma de combatir el COVID-19, frotando las palmas, dedos y nudillos con agua y jabón. Hacerlo frecuentemente reduce hasta el 50% el riesgo de contraer el virus.
-Distanciamiento físico: mantenga siempre una distancia física de 2 metros entre usted y las demás personas.
-Uso de tapabocas: el tapabocas debe usarse de manera continúa cubriendo nariz y boca
-Conocer las líneas de atención establecidas para reportar a su EPS y en caso de presentar sintomatología informar y notificar.

Diana Cristina Ocampo Marulanda
Médico especialista en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

DIANA CRISTINA OCAMPO MARULANDA
Medico especialista en en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

Trabajador: SANDRA PATRICIA RESTREPO
CC: 1037577789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biométrica

ALMAVID SALUD S.A.S.
Nit. 900910289 - 0
Dirección: Calle 53 C Sur 43 - 74 Envigado
Tel: 3220501

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⊗	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Cristina Ocampo Marulanda
Médico especialista en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

DIANA CRISTINA OCAMPO MARULANDA
Medico especialista en en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

Trabajador: SANDRA PATRICIA RESTREPO
CC: 1037577789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

ALMAVIDSALUD

ALMAVID SALUD S.A.S.

Nit. 900910289 - 0

Dirección: Calle 53 C Sur 43 - 74 Envigado

Tel: 3220501

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso ocupacional ( ) Trabajo en alturas ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Post incapacidad ( )

Fecha: 15/03/2023 EPS: SURA EPS Empresa: PARTICULAR

Dirección: Calle 53CSur Nro 43 - 74 Teléfono: 3220501

Sede: Actividad: INSTRUCTORA PRESENCIAL SENA Fondo de pensión:

DI:1037577789 Nombre: SANDRA PATRICIA RESTREPO CASTRILLON Hijos 0 Masculino ( ) Femenino (X) Fecha de nacimiento: 02/10/1986 Edad: 36 años

Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Separado ( ) U. Libre ( ) | Escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnica (X) Univ. ( ) Post grado ( )

Dirección	Teléfono	ARL	Municipio	Departamento	RH
CL 77SUR 27 205	3146455805	NO REFIERE			O+

Antecedentes clínicos:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo	Antigüedad del cargo	Antigüedad en la empresa	Nro. de personas a cargo
INSTRUCTORA PRESENCIAL SENA	0	0	

Sección Turno: Diurno (X) Nocturno ( ) Rotativo ( )

Descripción funciones del cargo:

Maquinaria,herramientas y materia prima utilizada:

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

Gafas ( ) Casco ( ) Tapabocas (X) Overol ( ) Botas ( ) Protector auditivo ( ) Respirador ( ) Guantes ( )
Escafandra ( ) Cofia ( ) Mangas ( ) Peto ( ) Visera ( ) Otros (X) no

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO

Empresa	Cargo	Factores de riesgo																		Tiempo años
		D	N	R	VB	RA	I	T	FR	P	H	V	ER	BI	PS	EI	M	F	EPP	MEC	OT	
MUNICIPIO DE SABANETA	APOYO INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL	(X)	( )				X						X		X							4A
DOCENTE VIRTUAL-SEGURIDAD ALIMENTARIA	PARTICULAR	(X)	( )				X						X		X					X		1A

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO Sí ( ) No (X) TRAJO HISTORIA CLÍNICA Sí ( ) No (X) INDEMNIZACIÓN Sí ( ) No (X)

Fecha	Empresa	Tipo lesión	Parte afectada	Días inc.	Secuelas	
					Sí	No

Observaciones: ninguna

ENFERMEDAD PROFESIONAL Sí ( ) No (X) INDEMNIZACIÓN Sí ( ) No (X) TRAJO HISTORIA CLÍNICA Sí ( ) No (X)

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna

Observaciones: no tiene vacunas para covid-19

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Sí	No	Parentesco	Enfermedad	Sí	No	Parentesco
Hta	(X)	( )	PADRES	Asma	( )	(X)	
Infarto	(X)	( )	MADRE -TIAS MATE	Tbc	( )	(X)	
Acv	( )	(X)		Artritis	( )	(X)	
Alergias	( )	(X)		Enf. Mental	( )	(X)	
Úlcera péptica	( )	(X)		Cáncer	( )	(X)	
Diabetes	( )	(X)		Otros	( )	(X)	

Observaciones:

ALMAVIDSALUD

ALMAVID SALUD S.A.S.

Nit. 900910289 - 0

Dirección: Calle 53 C Sur 43 - 74 Envigado

Tel: 3220501

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Problema	Sí	No	Problema	Sí	No	Problema	Sí	No
Cefalea	○	⊗	Bronquitis	○	⊗	Hernia inguinal	○	⊗
Def. Visual	○	⊗	Asma	○	⊗	Hernia umbilical	○	⊗
Sordera	○	⊗	Tbc	○	⊗	Hernia epigastrica	○	⊗
Otitis	○	⊗	Enf. Acd. Péptica	○	⊗	Várices en M.M.I.I.S.	○	⊗
Sinusitis	○	⊗	Colitis	○	⊗	Varicocele	○	⊗
Tinitus	○	⊗	Colelitiasis	○	⊗	Dermatitis	○	⊗
Convulsiones	○	⊗	Urolitiasis	○	⊗	Artritis	○	⊗
HTA	○	⊗	Enf. Urinaria	○	⊗	Lumbago	○	⊗
Enf. Cardíaca	○	⊗	Ets	○	⊗	Cervicalgia	○	⊗
Hepatitis	○	⊗	Hipercolesterolemia	○	⊗	Dorsalgia	○	⊗
Enf.Tiroides	○	⊗	Cáncer	○	⊗	Túnel carpiano	○	⊗
Amigdalitis	○	⊗	Trombosis	○	⊗	Dolor articular	○	⊗
Rinitis	○	⊗	Diabetes	○	⊗			
Enf. Mentales	○	⊗	Alergias	○	⊗			

Observaciones: no refiere

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico

* - Procedimiento: SEPTORINOPLASTIA - Complicaciones NO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Descripción

* NIEGA

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

no alergia a medicamentos

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarquia: 12 Ciclos: REGULAR Fuma: 13/3/2023 Dismenorrea ○ Planificación: Sí ○ No ⊗

Método: 0 G 0 P 0 A 0 C 0 0 M 0 V 0 FUP: ----- FUC: 2019 Resultado: NORMAL

¿Practica algún deporte? ○ Sí ⊗ No Frecuencia ○ Diaria ○ Semanal ○ Quincenal ○ Mensual ○ Ocasional

¿Ha presentado lesiones deportivas? NO Examen médico: BEG

Actividades manuales ○ Sí ⊗ No Oficios domésticos ○ Sí ⊗ No

ANTECEDENTES TÓXICOS

Fuma Sí ○ No ⊗ Exfumador Sí ○ No ⊗ Años de suspensión: 0 Años de fumador: 0 Cigarrillos al día: 0

Licor Habitual Sí ⊗ No ○ Frecuencia Diaria ○ Ocasional ⊗ Semanal ○ Quincenal ○ Mensual ○ Drogadicción Sí ○ No ⊗

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No
Dolor precordial	○	⊗	Brote	○	⊗	Sangrado	○	⊗	Alteración visual	○	⊗	Deformidad articular	○	⊗
Lipotimia	○	⊗	Prurito	○	⊗	Alteración motora	○	⊗	Rinorrea	○	⊗	Limitación para movimientos	○	⊗
Palpitaciones	○	⊗	Dispepsia	○	⊗	Prurito en los ojos	○	⊗	Disnea	○	⊗			
Síncope	○	⊗	Tenesmo rectal	○	⊗	Obstrucción nasal	○	⊗	Hiperemia ocular	○	⊗	Inflamación de articulaciones	○	⊗
Descamación	○	⊗	Vértigo	○	⊗	Expectoración	○	⊗	Secreción ocular	○	⊗			
Cefalea	○	⊗	Sordera	○	⊗	Disuria	○	⊗	Resequedad ocular	○	⊗	Parestesias	○	⊗
Insomnio	○	⊗	Dolor toráxico	○	⊗	Hematuria	○	⊗	Ardor ocular	○	⊗	Disestesias	○	⊗
Disfonía	○	⊗	Dolor abdominal	○	⊗	Nicturia	○	⊗	Otalgia	○	⊗	Pérdida de fuerza muscular	○	⊗
Tos	○	⊗	Epigastralgia	○	⊗	Polaquiuria	○	⊗	Otorrea	○	⊗			
Eritema	○	⊗	Estreñimiento	○	⊗	Tenesmo vesical	○	⊗	Dolor en columna	○	⊗	Dolor con cambios de temperatura	○	⊗
Hiperhidrosis	○	⊗	Diarrea	○	⊗	Alteración sensitiva	○	⊗	Dolor en articulaciones	○	⊗	Presencia de masas	○	⊗

Observaciones: Niega mareo, vértigo, visión borrosa, disnea, pérdida del conocimiento, o convulsiones previas o recientes; Refiere que hace una semana presentó dolor en torax sordo en anterior de inició súbito y desapareció espontaneamente. No otros síntomas. No refiere alteraciones o sintomatología de columna, articulaciones o músculos.

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:

Lateralidad D(X) Z( ) Talla:158 cm. Peso: 52 Kg. IMC: 20.83 Interpretación: Normal Ta:100/60 FC:70 /Min. FR:16 /Min.

Medida cintura: cm. Cadera: cm. Índice cintura-cadera: 0 Bajo peso:<19.5 Normal:18.5-24.9 Sobrepeso:25-29.9 Obesidad: >30/0+

Interpretación índice cintura-cadera Riesgo cardiovascular muy bajo

ÓRGANO O SISTEMA		NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Cicatrices	(X)	( )	
	Tatuajes	(X)	( )	
	Faneras	(X)	( )	
OJOS	Parpados	(X)	( )	
	Conjuntivas	(X)	( )	
	Pupilas	(X)	( )	
	Escleras	(X)	( )	
	Córneas	(X)	( )	
	Fondo de ojo	(X)	( )	
	Movilidad	(X)	( )	
	Agudeza visual	(X)	( )	
OIDOS	C. Auditivos	(X)	( )	
	Pabellones	(X)	( )	
	Tímpanos	(X)	( )	
NARIZ	Cornetes	(X)	( )	
	Tabique	(X)	( )	
	Mucosas	(X)	( )	
	S.Paranasales	(X)	( )	
BOCA	Labios	(X)	( )	
	Lengua	(X)	( )	
	Amigdalas	(X)	( )	
	Dentadura	(X)	( )	
CUELLO	Tiroides	(X)	( )	
	Movilidad	(X)	( )	
TÓRAX	Senos	(X)	( )	No evaluado
	Corazón	(X)	( )	Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, no deformidades en tórax anterior
	Pulmones	(X)	( )	Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobre agregados, no alteración de tórax posterior
	Osteomuscular	(X)	( )	
DORSO	Columna Vert.	(X)	( )	Alineación NORMAL Schober: 10/15cm. Wels: 10cm. Clasificación III
ABDOMEN	Vísceras	(X)	( )	
	Pared	(X)	( )	Blando, depresible no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, peristalsis normal.
	Hernias	(X)	( )	
GENITALES	Genitales	(X)	( )	No evaluado
EXTREMIDADES	Superior	(X)	( )	Tinel : D Negativo I Negativo Phalen : D Negativo I Negativo Finkelstein : D N I N pruebas de manguito rotador sin alteración, movimientos pasivos y activos de hombro conservados , no dolor a la palpación de epicondilos mediales ni laterales , no dolor a la extensión de dedos y muñeca contra resistencia , tinnel y phanel negativos , maniobra de finkelstein y eichhoff para tenosinovitis de quervain negativas , fuerza muscular y sensibilidad en brazos conservada
	Inferior	(X)	( )	Bostezo: D Negativo I Negativo Extremidades inferiores sin alteración,

				no deformidades en valgo o varo, rodillas con arcos de movimientos conservados, fuerza muscular y sensibilidad en piernas conservadas.
				Cajón: D Negativo I Negativo
				Lasegue : D N I N
	Vascular	⊗	○	
NEUROLÓGICOS	Fuerza	⊗	○	
	Marcha	⊗	○	
	Sensibilidad	⊗	○	
	Reflejos	⊗	○	marcha en puntas y talones sin alteración, sensibilidad y fuerza conservada; rot normales y simétricos.

EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro hemático		
Parcial de orina		
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil lipídico		
Glicemia	Mar 15 2023	OK
Coprológico		
Serología		
Bk		
Gravindex		
Frotis faríngeo		
Hemoclasificación		
Visiometría	Mar 15 2023	Def. Refarcc Sí ○ No ○ Corregido Sí ○ No ○ Obs. PACIENTE SE ENCUENTRA EN RANGOS NORMALES VISUALES. BINOCULARIDAD Y VISION CROMATICA NORMAL. SE RECOMIENDA EL USO DE PROTECCION OCULAR EN SU LABOR
Espirometría		Normal ○ P.Obstructivo ○ P.Restrictivo ○ P.Mixto ○ Obs.
Audiometría		Normal H_neur Sens. Grado 1 Grado 2 Grado 3 H. Conductiva H. Mixta Obs.
Optometría		Normal ○ Obs. Diagnóstico

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

El concepto de aptitud se apoya en el profesiograma Sí ○ No ⊗

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cod Diagnóstico

* Z100 - EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
* Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

RESTRICCIONES LABORALES:

Declaracion del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen estan completas y veridicas. Autorizo a ALMAVID SALUD S.A.S.para que se suministre a la empresa la informacion requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clinica ocupacionaol, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentacion legal vigente

Diana Cristina Ocampo Marulanda
Médico especialista en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

DIANA CRISTINA OCAMPO MARULANDA
Medico especialista en en Salud Ocupacional
Registro 1037585008
LICENCIA S.O. 060044832

Trabajador: SANDRA PATRICIA RESTREPO
CC: 1037577789

ALMAVIDSALUD

Fecha: 15/03/2023
Nombre: SANDRA PATRICIA RESTREPO CASTRILLON
Cédula: 1037577789
Edad: 36 Años
Sexo: Femenino
Empresa: PARTICULAR

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
QUIMICA SANGUINEA			
Técnica: espectrofotometría			
GLUCOSA	86.0	mg/dl	70-100

Validado por:

Katherine Gallo Castellanos
Bacteriológa y Lab. Clínica
TP: 1017238917

	FORMATO
	EVALUACION DE CAPACIDAD MENTAL

EVALUACION DE SALUD MENTAL

1. DATOS PERSONALES			
Fecha:	15-03- 2023	**Hora citado:**	
Nombre del aspirante:	**SANDRA PATRICIA RESTREPO CASTRILLON**		
Cedula: 1037577789		**Edad: 36 AÑOS**	
Cargo INSTRUCTORA		**Escolaridad:** TECNOLOGA	
Estado civil: UNION LIBRE		**Dirección:** CL 77 SUR 27 – 205	
Cel. 3146455805	**Tel:**	**Ubicación área metropolitana:** SAN JOSE –SABANETA	
Lateralidad:	**DERECHA**	**Empresa solicitante:**	**SENA**

2. ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS				
Nº	**ANTECEDENTES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1	Enfermedades neurológicas de la infancia		X	
2	Epilepsia o Convulsiones		X	
3	Parálisis Cerebral		X	
4	Meningitis		X	
5	Encefalitis		X	
6	Trauma cráneo-encefálico con inconsciencia de más de 1 h.		X	
7	Accidente cerebro-vascular		X	
8	Perdida del conocimiento a repetición		X	
9	Depresión diagnosticada		X	
10	Trastorno obsesivo compulsivo diagnosticado		X	
11	Esquizofrenia diagnosticada		X	
12	Alcoholismo		X	
13	Fármaco dependencia (cigarrillo-COOC- THC y otros)		X	
14	Ha estado en tratamiento psiquiátrico, psicología	X		Consulta por duelo de divorsio
15	Enfermedades o accidentes laborales		X	
16	Accidentes de tránsito fuera del oficio		X	
17	Enfermedades visuales o de los ojos		X	
18	Consume medicamentos en la actualidad		X	
19	Accidentes o enfermedad común		X	
20	Otras		x	

2. ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS- NEUROLOGICOS Y PSIQUIATRICOS FAMILIARES	
ANTECEDENTES	**PARENTESCO**
La abuela sufre perdida de memoria. Con 94 años de edad-	Abuela materna

3. TRASTORNOS MENTALES Y DE LA CONDUCTA	
Delirium, demencia, trastornos amnésicos, y otros trastornos cognoscitivos.	No reporta
Trastornos mentales debido a enfermedades médicas no clasificados en otros apartados.	No reporta
Esquizofrenia y trastornos psicóticos.	No reporta
Trastornos del estado de ánimo.	No reporta
Trastornos disociativos	No reporta
Trastornos del sueño de origen diferente del respiratorio.	No reporta
Trastornos del control de los impulsos	No reporta
Trastornos de la personalidad.	No reporta
Trastornos del desarrollo intelectual (No fue evaluado el CI)	Tecnologa en alimentos
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	No reporta

4. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH *(ICSP)*

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

3.1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?
10:00 pm

5.1. Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?
5 minutos **(Apunte el tiempo en minutos)**

5.2. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha estado levantando por la mañana?
6:00 am

5.3. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
08 horas

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

6. Durante el último mes, ¿cuántas Veces ha tenido problemas para Dormir a causa de:

a) *No poder conciliar el sueño en la Primera media hora:*

(X) Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

b) *Despertarse durante la noche o De madrugada:*

(X) Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

c) *Tener que levantarse para ir al Sanitario:*

(X) Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

d) *No poder respirar bien:*

(x) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

e) *Toser o roncar ruidosamente:*

() Ninguna vez en el último mes
(X) Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
() Tres o más veces a la semana

f) *Sentir frío:*

(x) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

7. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

(X) Bastante buena
() Buena
( ) Mala
( ) Bastante mala

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

(x)Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

(x) Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*

(x) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

i) *Sufrir dolores:*

(x) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*

(x) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, Comía o desarrollaba alguna otra actividad?

(X) Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

10. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

(x) Ningún problema
() Un problema muy ligero
() Algo de problema
( ) Un gran problema

	FORMATO
	EVALUACION DE CAPACIDAD MENTAL

5. HIGIENE DEL SUEÑO

N°	CRITERIO DE EVALUACION	SI (1)	NO (0)
1	frecuentemente (más de tres días a la semana) Lo despiertan en la noche el ruido de los carros, los vecinos o los demás miembros de la familia		0
2	Frecuentemente (más de tres días a la semana), su ambiente para dormir se encuentra alterado por: Ruido, falta de oscuridad, cambios bruscos en la temperatura.		0
3	Frecuentemente (más de tres días a la semana), consume usted estimulantes (alcohol, café, cigarrillo, bebidas energizantes, Coca-Cola, Pepsi, etc.,), después de las 5 PM		0
4	Frecuentemente (más de tres días a la semana) trabaja o realiza alguna actividad que requiere alta concentración (navegar en Internet), hasta el momento en que se acuesta		0
5	Frecuentemente (más de tres días a la semana) permanece en la cama mucho tiempo a pesar de no estar dormido.		0
6	Frecuentemente (más de tres días a la semana,) hace ejercicio físico como ir al gimnasio o practicar algún deporte después de las 5 PM		0
7	Frecuentemente (más de tres días a la semana), utiliza la cama para actividades diferentes a dormir, tales como: ver televisión, leer, estudiar, comer pensar, planificar.		0
Se considera que hay **mala higiene de sueño** cuando, cumple con los siguientes tres criterios sin excluir a ninguno: 1. Cumpla criterios de insomnio o somnolencia diurna excesiva; 2. Responde **SI** cualquiera de las preguntas de la 1 a 7.; 3. Ajuicio del evaluador la situación **NO** se explica por otro trastorno del sueño.			-

6. TRASTORNOS DEL SUEÑO POR TRABAJO A TURNOS (no aplica para menores de 16 años)	SI (1)	NO (0)
1 Su trabajo es nocturno o implica el cambio de turnos durante el día y la noche?	1	
2 Ha presentado somnolencia como consecuencia de los cambios de turno?		0
3 Ha presentado insomnio como consecuencia de los cambios de turno?		0
Instructivo: Se considera que hay trastorno del sueño por trabajo a turnos cuando: Responde SI a las preguntas 1 y SI a alguna de las preguntas siguientes: 2 o 3.		-

7. INSOMNIO	SI (1)	NO (0)
1. Tarda más de 30 minutos en dormirse	1	
2. Despierta varias veces en la noche y le da dificultad para volverse a dormir?		0
3. Se ha despertado por lo menos 2 horas antes de lo deseado?		0
4. Al levantarse en la mañana se siente fatigado y/o cansado, o siente que no durmió bien?		0
5. Durante el día se siente cansado, con fatiga, con falta de energía, o le da dificultad concentrarse y esto no está explicado por somnolencia excesiva diurna?		0
6. Esto ocurre frecuentemente (3 o más veces por semana)		0
7. La duración de estos problemas ha sido de un (1) mes o más		0
Instructivo: Se considera insomnio si responde **SI** (1 o 2 o 3 o 4) mas 5 más 6 y más 7 Se considera insomnio de conciliación cuando: Responde **SI** a las preguntas. 1 más 5 más 6 más 7		-

8. ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

¿Qué tan probable es que usted se sienta somnoliento o se duerma en las siguientes situaciones? Use la siguiente escala para escoger el número más apropiado para esta situación:

0: Nunca se queda dormido
1: Escasa probabilidad de quedarse dormido
2: Moderada probabilidad de quedarse dormido
3: Alta probabilidad de quedarse dormido

(MARQUE CON UNA X)

SITUACION	0.nunca se queda dormido	1. escasa probabilidad de quedarse dormido	2. Moderada probabilidad de quedarse dormido	3. alta probabilidad de quedarse dormido	Calificación
Sentado leyendo		X			
Mirando TV		X			
Sentado e inactivo en un lugar publico	X				
Como pasajero en un carro durante una hora de marcha continua	X				
Acostado, descansando en la tarde	X				
Sentado y conversando con alguien	X				
Sentado, tranquilo, después de un almuerzo sin alcohol.	X				
En un carro, mientras se detienen uno minutos en un trancón	x				

09. ASSISTV3.0

Pregunta 1 *(Al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)*

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*	**No**	**Si**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
B. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam,Rohipnol, etc.)	0	3
h.Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, *(PRIMERADROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	**Nunca**	**1ó2veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**A diarioo casi adiario**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin /Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam,Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca "todos los ítems en la Pregunta 2, salte ala Pregunta 6. si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	**Nunca**	**1ó2veces**	**Cada mes**	**Cada**	**A diario o casi adiario**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam,Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	**Nunca**	**1ó2veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**A diario o casi a diario**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam,Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7

j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejó de hacerlo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1o2veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi adiario
a. Tabaco	No aplica				
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo,hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam,Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez(es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de*(PRIMERA DROGA,SEGUNDA DROGA,ETC)*?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam,Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, volantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam,Rohipnol, etc.)	0	6	3
h.Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

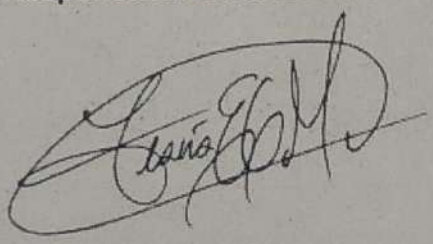
	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? ***(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)***	0	2	1

OBSERVACIONES:

- paciente sin hallazgos psicopatológicos al momento de la evaluación.
- Reporta consumo de alcohol, THC a lo largo de su vida. En la actualidad NO reporta ABUSO en los últimos tres meses.
- No fue evaluado el CI- de acuerdo a la resolución 12336/2012.

Conclusión: Sin hallazgos relevantes que inhabiliten su labor.
Sin hallazgos sobre el nivel de motricidad que inhabiliten su ocupación laboral, al momento de esta evaluación.

Responsable del informe



JESUS EVELIO GOMEZ MONTOYA
Psicólogo -U.S.B
Reg. 5-2181// TP: 119661
Esp. Salud Ocupacional -U de A.
Licencia S.O. Reg. 2021060131121

ALMAVIDSALUD
Bienestar construido para su empresa

ALMAVID SALUD S.A.S.
Nit. 900910289 - 0
Dirección: Calle 53 C Sur 43 - 74 Envigado
Tel: 3220501

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **15/03/2023**

Doc. Identidad **CC 1037577789** Nombre **SANDRA PATRICIA RESTREPO CASTRILLON** Fecha Nacimiento. **02/10/1986**
Entidad **PARTICULAR** Edad **36 años** Ocupación **INSTRUCTORA PRESENCIAL**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa CONVENIO 22 Cargo INSTRUCTORA PRESENCIAL SENA Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn COLFONDOS EPS SURA EPS ARL NO REFIERE

ANAMNESIS

Último Examen Visual **2 AÑOS** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				**20/20**	**0.50**
OI				**20/20**	**0.50**
AO				**20/20**	**0.50**

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			º	
OI			º	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros: **NORMAL**		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC: **PROXIMO**

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**40" DE ARCO**	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**40" DE ARCO**	

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
PACIENTE SE ENCUENTRA EN RANGOS NORMALES VISUALES. BINOCULARIDAD Y VISION CROMATICA NORMAL. SE RECOMIENDA EL USO DE PROTECCION OCULAR EN SU LABOR



Paula Andrea Salazar Cristancho
Optómetra
Registro 1018461194

Paula Andrea Salazar Cristancho
Optómetra
Registro 1018461194